

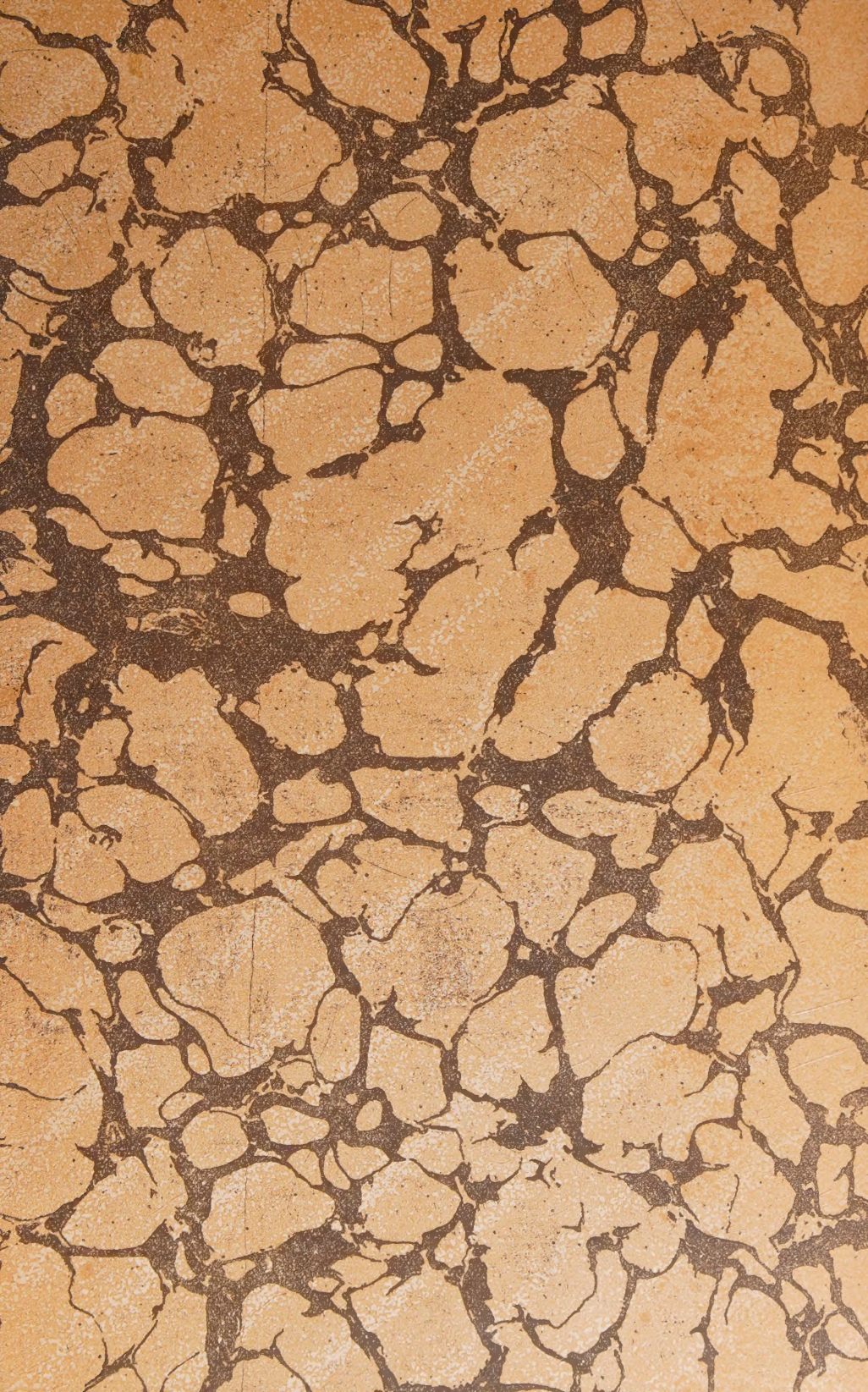
LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153709_0001

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

168

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Iran AALAM

Née le 24 Décembre 1912, à Téhéran (Iran)

NOUVELLE TECHNIQUE

DE

SYMPHYSÉOTOMIE

SOUS-CUTANÉE

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Iran AALAM

Née le 24 Décembre 1912, à Téhéran (Iran)

**NOUVELLE TECHNIQUE
DE
SYMPHYSÉOTOMIE
SOUS-CUTANÉE**

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1941

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ LOEPER.
	{ RATHERY.
	{ LEREBoullet.
	{ NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
Clinique chirurgicale	{ GOSSET.
	{ GREGOIRE.
	{ LENORMANT.
	{ VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	{ HAZARD.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ SANNIE.
	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL	Clinique	FEY	Clinique
CHEVALLIER ...	médicale	GATELLIER	chirurgicale
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			

MM.	
EGALLE	
METZGER	Clinique
PORTES	obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT ,agréé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

108720

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

REZA CHAH PAHLAVI

*A qui notre pays doit son élan
vers le progrès, et la femme
iranienne son accès à la science.*

A MON PERE BIEN AIME

Qui a été toute sa vie l'exemple le plus pur du dévouement à son souverain, à sa patrie, à ses malades. Il a été pour moi le père le plus affectueux.

Qu'il trouve ici l'expression de tout mon amour.

A MA MERE CHERIE

Qui s'est toujours si complètement sacrifiée à l'avenir de ses enfants.

Toute ma tendresse.

A MA CHERE GRAND-MERE

En hommage de ma respectueuse affection.

A MON CHER GRAND-PERE

S.-E. H. WOSSOUGH

Ancien Président du Conseil de l'Iran
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Dont l'affection, l'esprit de
compréhension m'a été d'un
grand secours dans l'achève-
ment de mes études*

Ma profonde gratitude.

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MES FRERES ET SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur de clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Médecin accoucheur de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré cette thèse

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde
gratitude.*

*Il a été pour nous, non seu-
lement un Maître précieux en
obstétrique, mais nous a donné
un admirable exemple de cou-
rage et de sens du devoir dans
des circonstances bien tragi-
ques.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SEGUY

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous aider
de ses conseils. Nous lui exprimons
tous nos remerciements,
et regrettons de n'avoir pu profiter
plus longtemps de son enseignement.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE LORIER

Professeur Agrégé d'Obstétrique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a initié à l'obstétrique.

Avec notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIERE

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a toujours si aimablement aidée au cours de nos études.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a toujours témoigné
une grande et bien accueillante
sollicitude.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY.

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE.

MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES
DE BESANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR LEDOUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATON.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUFLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR GOMEY.

INTRODUCTION

La symphyséotomie a été loin de rallier toujours les suffrages de tous les obstétriciens français.

Elle a connu des phases de grande vogue, comme des phases d'éclipse et d'oubli complet, qu'il est intéressant de rappeler.

Déjà, vers 1880, la césarienne haute, seule connue alors, effrayait la plupart des auteurs par sa mortalité importante lorsqu'elle était pratiquée en dehors des cas « purs », c'est-à-dire en dehors des cas où l'on pouvait s'entourer de toutes les garanties nécessaires pour une telle intervention.

Aussi, ce fut avec enthousiasme qu'une grande majorité des auteurs accueillit la symphyséotomie à ciel ouvert importée d'Italie par MORISENI. Et alors les obstétriciens français se scindèrent en deux groupes :

- 1°) — Les césaristes ;
- 2°) — Les symphyséotomistes.

Un deuxième stade dans l'évolution des idées est marqué par l'apparition de la césarienne basse qui dé-

trônera complètement la symphyséotomie à ciel ouvert, depuis vouée à un oubli total.

En effet, les nombreux dangers de cette intervention : lésions des organes pelviens, en particulier de l'arbre urinaire (vessie et urètre), le diastasis sacro-iliaque, cause d'impotence et de douleurs, n'étaient pas pour encourager son emploi.

C'est alors que ZARATE, de Buenos-Aires, remit en vogue la symphyséotomie par son élégant procédé qui fut adopté avec enthousiasme par les auteurs en Amérique Centrale et en Amérique du Sud.

Pourtant, la symphyséotomie sous-cutanée à la ZARATE, pratiquée en France par les meilleurs obstétriciens, a donné parfois des suites non exemptes de toute morbidité.

Une publication de notre maître, le Docteur DEVRAIGNE, dans « La Médecine » de décembre 1936, intitulée « La Symphyséotomie à la ZARATE », ainsi que la thèse qu'il a inspirée à son élève REICHMANN (1936), nous rapportent de nombreux cas où le « ZARATE » fut suivi de suites morbides dont les principales sont :

(1) Dietrich REICHMANN « La Symphyséotomie à la Zarate à la Maternité de Lariboisière pendant les six dernières années. Thèse Paris 1936. RODSTEIN éditeur.

— Les incontinenances d'urine, d'ailleurs souvent transitoires ;

— Surtout une gêne fonctionnelle à la marche, ou des douleurs au niveau des articulations sacro-iliaques.

En 1929, les Docteurs RUDAUX et DESNOYERS ont présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie seize symphyséotomies à la ZARATE, dont certaines faites par RISACHER et DIGONNET.

Dans trois cas, ces auteurs ont constaté une incontinence de courte durée.

Dans d'autres cas, une certaine gêne fonctionnelle à la marche. Dans un cas, il y eut une impotence telle, qu'il fallut pratiquer au 37^e jour une symphyséorraphie d'ailleurs suivi de succès.

Le même jour, le Docteur GUENIOT rapportait un cas grave qui fut opéré dans le service du Docteur DEVRAIGNE : la femme était une véritable infirme, et ne guérit que six mois plus tard grâce à une ostéosynthèse avec plaque. Il faut d'ailleurs dire que des cas aussi graves étaient exceptionnels.

Ce qui frappe, lorsqu'on examine les résultats obtenus par la plupart des auteurs, c'est l'irrégularité de ces résultats. Pratiqué par le même auteur, le ZARATE donne souvent des résultats excellents, mais parfois il

est suivi de suites morbides, quelquefois d'accidents graves.

Cette inégalité dans les résultats semble être due à la technique même qu'employait ZARATE ; technique souvent très délicate, car elle ne donne aucune certitude, et l'opérateur est souvent obligé de tâtonner.

En effet, le point essentiel sur lequel ZARATE insiste est la conservation du ligament supérieur de l'articulation pubienne, alors qu'il coupe l'arcuatum pour permettre l'écartement voulu.

Cette méthode expose à un double danger :

1°) — La lésion possible des éléments sous et rétro-symphysaires (vessie et urèthre), qui ne sont plus protégés que par la mince lame de HENLE, souvent si insignifiante.

2°) — L'incertitude de conserver sûrement le ligament supérieur qui est souvent mal individualisé, et qu'on ne peut jamais être sûr de ne pas entamer plus ou moins.

Et pourtant, d'après ZARATE, c'est ce ligament qui doit empêcher un écart trop grand entre les symphyses, ce qui pourrait causer de graves dégâts.

Dans « GYNECOLOGIE et OBSTETRIQUE » du 5 novembre 192, ZARATE écrit en effet : « La technique que je préconise ne repose pas sur quelques détails qui la distinguent des autres, mais sur le principe

qu'il ne faut sectionner que le fibro-cartilage pour travailler dans l'intérieur du manchon fibreux, comme dans un tunnel *jusqu'à la section de l'arcuatum*. Si je conseille de pénétrer avec le bistouri, en rasant le bord supérieur de l'articulation, ce n'est pas avec l'idée puérile de chercher une variante des autres techniques, mais parce que, d'après mes recherches expérimentales, il résulte que de ce point et de là seulement, en employant un bistouri ordinaire de 4 centimètres 1/2 de COLIN, *on laisse intact le ligament supérieur, frein modérateur d'une diastase violente* et en cheminant ainsi dans l'intérieur du fibro-cartilage, on peut sectionner le *puissant ligament inférieur, clef* de toute l'articulation, sans risquer de blesser les corps caverneux, et par conséquent le ligament pré-urétral. On conserve, en outre, une grande partie du ligament antérieur et tout le ligament supérieur.

Il n'y a donc pas de doute, ZARATE coupe l'*arcuatum* et conserve le ligament supérieur.

L'intérêt de la nouvelle technique de symphyséotomie qui fait l'objet de ce modeste travail, est d'avoir un double avantage sur celle de ZARATE.

A) d'une part elle est nettement plus facile ;

B) d'autre part, elle offre une sécurité beaucoup plus grande au niveau des organes sous et retro-symphysaires (vessie, urèthre).

Elle diffère du ZARATE par deux points essentiels :

1° — *La section systématique du ligament supérieur ;*

2° — *La conservation absolue de l'arcuatum.*

Le premier point donnera l'écartement voulu et l'arcuatum limitera rigoureusement l'écartement des symphyses, tout en formant un « bouclier » aux organes sous-jacents.

Cette méthode a été étudiée par les Docteurs DEVRAIGNE et SEGUY. Le Docteur SEGUY a été le premier à l'appliquer en 1934. C'est notre maître, le Docteur DEVRAIGNE, qui avait déjà étudié l'opération classique de ZARATE, qui attira l'attention dans une communication récente à l'Académie de Médecine, sur les différences essentielles qui existent entre la technique de ZARATE et celle employée par SEGUY.

D'ailleurs déjà dans la quatrième édition du Manuel de MAYGRIER et SCHVABE, notre maître conseillait le ZARATE, mais en conservant l'arcuatum. Il s'agit donc d'une nouvelle méthode de symphyséotomie dont nous verrons successivement les indications, la technique et les résultats.

Pour mieux souligner l'intérêt de cette nouvelle technique, nous nous permettons de faire un rappel anatomique de la symphyse.

(1) SEGUY « Bulletin médical 27 novembre 1934 ».

ANATOMIE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

Les surfaces articulaires du pubis rapprochées en arrière de cinq millimètres divergent au contraire en avant de façon que la voie ouverte au bistouri pour la symphyséotomie diminue d'avant en arrière. Les deux surfaces articulaires sont unies par un fibro-cartilage épais, véritable ligament interosseux ; le tout est entouré d'un manchon fibreux.

De solides ligaments réunissent ces deux surfaces :

En avant, le manchon périostique est renforcé par de nombreuses fibres s'entrecroisant en tous sens : les unes transversales, les autres obliques. Ces fibres proviennent des insertions des muscles fémoraux : moyen adducteur, droit interne, dont une partie s'entrecroise sur la ligne médiane. Ce ligament antérieur est intimement lié en haut au ligament supérieur.

En haut, le ligament supérieur ou « *frein supérieur de ZARATE* » : ce dernier est formé par les fibres d'insertion des muscles abdominaux, en particulier les grands droits et les pyramidaux, par la base de la ligne blanche, enfin par l'entrecroisement des piliers inter-

nes des canaux inguinaux. *Dans l'ensemble, formation mal individualisée, faite d'éléments disparates, fournis par les muscles voisins. Il est difficile de le respecter d'une façon certaine, alors que cette difficulté n'existe pas pour l'arcuatum.*

En arrière de la symphyse, le périoste s'épaissit, marquant par une saillie la ligne médiane.

En bas, il existe un puissant ligament formé par les deux ligaments arqués qui s'entrecroisent sur la ligne médiane formant une ogive. Leur ensemble constitue un ligament épais, tranchant, solide.

Son épaisseur peut atteindre jusqu'à 15 millimètres. Au dessous de lui se trouve une autre lame fibreuse, dépendance de l'aponévrose moyenne du périnée et tendue d'un ischion à l'autre : la lame pré ou sus-urétrale des classiques dépendant du ligament de HENLÉ, sous laquelle se trouve les corps caverneux.

Lorsque dans l'opération de ZARATE on sectionne l'arcuatum, le bistouri risque de blesser cette lame peu résistante et, en même temps les éléments sous-jacents.

De tous les ligaments de l'articulation pubienne, le plus solide, le plus résistant est l'arcuatum « sa puissance est telle que chez le sujet normal il s'oppose à l'écartement des pubis, tant qu'il n'est pas entièrement tranché » (POIRIER), mais l'imbibition gravidique que subissent tous les ligaments du bassin, à la fin de la

grossesse, lui donne une certaine extensibilité, permettant, par sa mise en tension, un écartement de deux à trois centimètres environ.

Or, d'après FARABEUF, un écartement des pubis de un centimètre fait gagner deux millimètres au diamètre promonto-pubien utile.

La mise en tension de l'arcuatum permet, dans cette nouvelle méthode de symphyséotomie, un écartement de trois centimètres en moyenne, donc le gain qu'on est en droit d'espérer pour le diamètre promonto-pubien utile est de cinq à six millimètres, environ un demi-centimètre, ce qui est appréciable dans les cas bien précis de légère disproportion foeto-pelvienne où l'on emploie cette méthode.

Cette limitation forcée de l'écartement des deux pubis, après section du ligament supérieur, présente les gros avantages de rendre partiquement inexistantes les troubles plus ou moins importants qu'on pouvait observer au niveau des articulations sacro-iliaques.

En effet, la symphyséotomie peut avoir certains retentissements sur les articulations sacro-iliaques. L'écartement des pubis à mesure qu'il s'accroît produit d'abord la tension, puis le décollement du ligament antérieur de l'articulation sacro-iliaque, finissant par le rompre, si cet écartement atteint ou dépasse sept centimètres.

Or, dans certaines symphyséotomies, on envisageait facilement un écartement de cinq centimètres et plus de la symphyse, ce qui n'est pas sans danger.

On conçoit donc l'intérêt d'avoir limité à trois centimètres cet écartement, grâce à la conservation de l'arcuatum, pour éviter le décollement trop poussé des ligaments sacro-iliaques antérieurs, et éviter du même fait les troubles de l'équilibre du bassin qui en sont la conséquence.

Cette petitesse voulue de l'écartement entre les pubis supprime d'une façon certaine les tractions parfois très fortes auxquelles étaient soumis les organes pelviens. Les pubis, en s'écartant, tiraient en sens opposés par l'intermédiaire de différents ligaments (pubovesicaux par exemple), les organes pelviens, en particulier l'arbre urinaire, pouvant causer à leur niveau des déchirures importantes.

D'autre part, il est évidemment plus logique de couper le ligament supérieur, puisque c'est en haut que siège l'obstacle, et de conserver l'arcuatum au-dessous duquel sont les organes vulnérables

Il résulte de cet aperçu anatomique plusieurs considérations importantes :

1° — *Il paraît logique de couper le ligament supérieur*

a) — puisque l'obstacle siège au détroit supérieur ;

b) — puisque le ligament supérieur est quelquefois mal individualisé, donc risque d'être plus ou moins entamé ;

c) — puisque chez certains sujets, enfin, il est peu important et de ce fait s'oppose insuffisamment à l'écartement des pubis.

2° — *Ac contraire, il semble logique de conserver l'arcuatum :*

a) — à cause de sa puissance, ce ligament s'oppose efficacement à l'écartement excessif des pubis ;

b) — Il forme une solide protection aux éléments sous-jacents (vessie, urèthre, corps caverneux) alors que le ligament de HENLÉ est très vulnérable.

c) — Enfin l'arcuatum est facile à respecter, car sa mise en tension, même très légère, permet de le sentir avec une grande netteté, donc de l'éviter.



INDICATIONS ET CONDITIONS

La symphyséotomie, suivant cette nouvelle méthode, constitue un chapitre bien défini de la pratique obstétricale avec ses indications bien précises, quoique assez rares.

En effet, il ne s'agit pas, comme on l'a fait trop souvent, d'opposer la symphyséotomie à la césarienne, mais de la mettre en parallèle avec la pelvitomie, et surtout avec les applications élevées de forceps si dangereuses.

Aussi bien que la césarienne et les applications hautes de forceps (sans parler de celles où le détroit supérieur qui ont vécu) la symphyséotomie sous-cutanée a ses indications propres. C'est-à-dire qu'il faut la faire en temps voulu, ni trop tôt, ni trop tard.

INDICATIONS.

L'indication essentielle de la symphyséotomie est le cas présenté par une disproportion foeto-pelvienne légère avec un enfant vivant.

1°) Il faut, en effet, que la *disproportion foeto-pelvienne, cause de la dystocie soit légère,*

a) Tantôt, il peut s'agir d'un bassin normal avec un gros enfant;

b) ou encore dans un bassin également normal, une tête mal fléchie, un front ou une face qui n'arrive pas à s'engager ;

c) Tantôt il s'agit d'un bassin généralement rétréci alors que l'examen clinique faisait penser que l'accouchement par les voies naturelles seraient vraisemblable ; mais contre toute attente, malgré l'épreuve du travail, la présentation ne s'engage pas.

Quant à la symphyséotomie pour tête dernière (siège ou version) elle ne réunit pas le suffrage de tous les auteurs, certains lui préfèrent dans ce cas la pubiotomie.

La symphyséotomie se pratique dans le cas d'obstacle au détroit supérieur ; il n'en est pas question quand la tête est engagée.

2°) Un autre élément indispensable de l'indication d'une symphyséotomie, et dont il ne faut pas oublier de tenir compte, qu'évident que cela paraisse, c'est l'état du fœtus.

En effet, après la symphyséotomie, il faut un temps

variable pour que la dilatation se complète et que l'expulsion se fasse.

Chez la multipare, ce temps est réduit au minimum, mais chez la primipare, il faut compter parfois plusieurs heures. Si l'on ne veut pas que la symphyséotomie aboutisse seulement à permettre l'accouchement d'un enfant mort, il faut qu'au moment où l'on intervient le fœtus soit capable de résistance et ne soit pas déjà compromis.

C'est une des raisons qui condamne la symphyséotomie tardive.

CONDITIONS.

En dehors des indications que nous venons de voir, il faut, pour que la symphyséotomie soit possible et utile, que certaines conditions soient réalisées.

1° Tout d'abord, il faut un bon état fonctionnel de l'utérus : c'est-à-dire qu'il ne soit ni en état de contracture, ni en état d'inertie. En effet, lorsqu'on pratique une symphyséotomie, on se propose, non seulement d'enlever l'obstacle osseux infranchissable, quoique minime, qui est la cause de la dystocie, mais aussi de laisser après cela, l'accouchement se poursuivre normalement.

Or, on ne peut espérer ce résultat d'un utérus

qu'on a laissé se fatiguer pendant des heures et qui est incapable d'un effort utile. D'où l'absolue nécessité de ne pas intervenir trop tard.

2° Une autre condition aussi importante et qui va de pair avec l'état de l'utérus est l'état du col. En effet, pour réussir une symphyséotomie il faut avoir à faire à un col souple plus ou moins dilaté, mais parfaitement dilatable, le moins œdématié possible ; il faut surtout qu'il ne soit pas dur et rétracté, dans ce cas, en effet, la nécessité d'une incision du col suivi de forceps risquerait de mener à un désastre, comme on le verra dans le chapitre technique.

3° Quant à l'heure de la rupture de la poche des eaux, elle n'a pas plus d'importance que dans un accouchement normal. Alors que depuis longtemps, il serait dangereux de faire une césarienne, la symphyséotomie est toujours possible, c'est ce qui a fait dire aux partisans de l'opération de ZARATE, qu'elle est indiquée quand l'heure de la césarienne est passée.

4° La souplesse des parties molles sur laquelle certains auteurs ont beaucoup insisté, à propos du ZARATE est également très utile dans cette technique.

A propos de l'opération de ZARATE, notre Maître, le Docteur DEVRAIGNE, écrivait que cette souplesse des parties molles a une telle importance, puisqu'elle protège des déchirures l'arbre urinaire, que les accou-

cheurs prudents refusent à faire les symphyséotomies chez les primipares. Il ajoutait d'ailleurs aussitôt : « Cela est très exagéré ; les statistiques le démontrent, mais il faut choisir ».

Pour le Docteur RAVINA, les parties molles ont autant d'importance que la disproportion fœto-pelvienne, d'où l'importance de larges épisiotomies.

Dans cette nouvelle technique de symphyséotomie avec conservation de l'arcuatum, cette souplesse des parties molles, sans être négligeable a peut-être un peu moins d'importance que dans les symphyséotomies où l'écart obtenu était plus grand ; l'arcuatum limitant rigoureusement l'écartement des pubis, l'arbre urinaire, les ligaments pubo-vésicaux et toutes les parties molles ne sont soumises qu'à des tractions très légères qu'ils supportent très bien à moins d'être dans un état de friabilité ou d'atrésie particulièrement important. A ce point de vue le cas idéal est celui d'une multipare à tissus bien souple, chez qui on n'hésite pas à faire la symphyséotomie, quand les autres conditions sont réalisées.

Pourtant la symphyséotomie peut être également pratiquée chez une primipare à tissus souples qui réalisent toutes les conditions ci-dessus énumérées.

Quand toutes ces conditions sont réalisées, la symphyséotomie est une excellente intervention qui per-

mettra de pousser l'épreuve du travail, et surtout de parer à une dystocie imprévue si l'estimation du rapport fœto-pelvien a été trop optimiste, et si l'accouchement spontané ne se produit pas.

Cette disproportion fœto-pelvienne légère est en effet susceptible dans certains cas, d'engendrer une dystocie grave. La tête reste très élevée, fixée au détroit supérieur, les membranes se rompent, le col incomplètement dilaté va s'œdématiser, le rythme des contractions utérines s'altère, tandis que ne vont pas tarder à apparaître des signes de souffrance fœtale.

La tendance habituelle, est dans ces cas d'avoir recours au forceps, mais son application dans de pareilles conditions est difficile, pénible, et dangereuse. L'enfant subit souvent un traumatisme important au cours des manœuvres d'application et de traction du forceps.

On risque de l'extraire mort ou atteint d'hémorragie méningée.

Quant à la mère, au cours des manœuvres de rotation souvent nécessaires, elle risque des déchirures parfois importantes des parties molles et en particulier la rupture utérine par propagation de déchirure du col.

Dans ces cas, il est bien préférable de faire une symphyséotomie, suivant cette nouvelle technique qui

permet à la tête de descendre dans l'excavation sans traumatisme et sans manœuvre de force.

Puisque nous insistons sur la nécessité d'une faible disproportion fœto-pelvienne, il est bien entendu que s'il faut un agrandissement du diamètre antéro-postérieur assez important, et s'il n'est plus possible de faire une césarienne, d'accord avec notre maître le Docteur LELORIER, et le Docteur CATHALA, nous donnons alors la préférence à la pubiotomie sous-cutanée.

En résumé, la symphyséotomie, avec conservation de l'arcuatum, comme le ZARATE, permet :

1) Dans certains cas d'éviter une césarienne, opération à risques, surtout à la fin d'une longue épreuve de travail.

2) Dans d'autres cas, elle évite une mauvaise application de forceps qui aboutit souvent à un enfant mort. Si ses indications sont bien posées et à temps, c'est une opération qui est peu fréquente mais qui est essentiellement bénigne (bien entendu, il faut que l'opérateur en ait l'habitude).

TECHNIQUE

Voyons maintenant en quoi consiste cette opération. Sous anesthésie générale (au schleich par exemple) et après désinfection du champ opératoire, on met la femme préalablement sondée, en position hyperfléchie des cuisses et des jambes avec abduction forcée. Deux aides qui jouent un rôle très important maintiennent fermement les cuisses en abduction.

L'opérateur ganté, repère le bord supérieur de la ligne médiane de la symphyse. Il introduit l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, derrière la symphyse pour repousser s'il en est besoin, la présentation céphalique qui appuie sur elle, et reporter latéralement à droite du point saillant rétro-pubien l'urèthre et l'y maintenir. Disons d'emblée que ces doigts rétro-symphysaires ont un rôle primordial à jouer, en évitant la blessure de l'urèthre et en guidant le travail du bistouri.

Le pouce, appuyé en bas, sur le ligament arqué limitera la descente du bistouri en bien repérant ce ligament.

On introduit, de la main droite, perpendiculairement au ras du bord supérieur de la symphyse la pointe du bistouri dans le sens sagittal, de façon que la moitié de la lame (bistouri de 4 cm.) disparaisse. On imprime à la lame, d'une façon continue, de légers mouvements de va et vient, dont le centre d'oscillation est le point d'entrée.

Pour ne pas agrandir la petite plaie, on continue à couper en descendant et en obliquant le manche du bistouri, de manière que la lame coupante suive la direction oblique de la symphyse on arrive à sectionner ainsi successivement le ligament supérieur de la symphyse toute l'épaisseur du fibro-cartilage, *jusqu'à l'arcuatum non compris.*

« La pointe du bistouri transmet une sensation granuleuse, comme le dit CATALA, jusqu'au moment où, tenant toujours le bistouri en direction oblique, on arrive à l'arcuatum, dont la résistance fibreuse contraste avec celle du cartilage. »

Mais c'est surtout le doigt vaginal, et le pouce qui sentent bien la corde de l'arcuatum se tendre, et ce sont eux qui marqueront le point d'arrêt au bord supérieur de l'arcuatum, au bistouri, pour qu'il ne l'entame pas.

A ce moment la symphyse continue à s'ouvrir avec de petits craquements révélateurs. Aussitôt, les aides

doivent rapprocher en adduction extrême et extension les cuisses qu'ils tenaient en abduction et flexion.

On retire rapidement le bistouri, on opture avec un tampon la petite plaie cutanée ainsi formée pour arrêter le léger écoulement sanguin. Les doigts vaginaux font également de la compression, mais surtout ils vérifient l'intégrité de l'arcuatum et le degré de séparation des symphyses ainsi que l'état de la présentation.

Deux agrafes sont posées sur la petite plaie qui est recouverte d'un pansement aseptique. L'opération est alors terminée. On injecte alors 4 unités d'extrait de post hypophyse à la patiente et on attend.

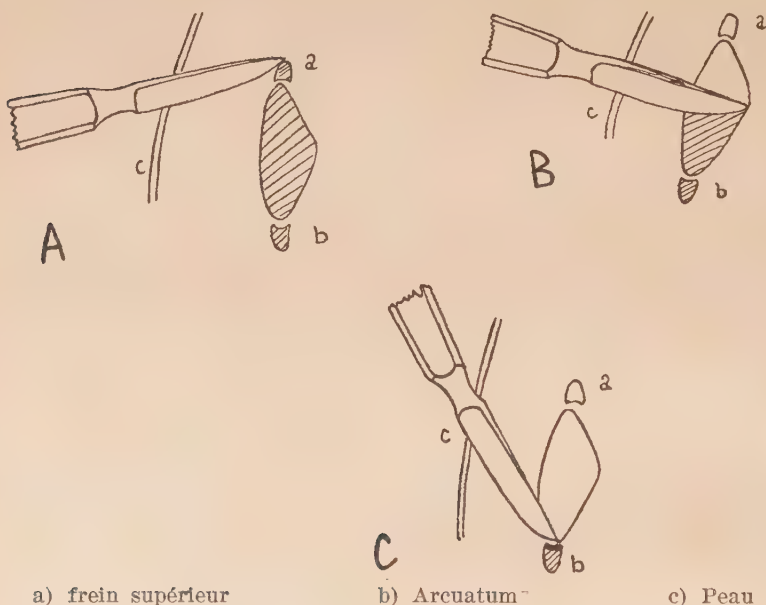
Le pôle fœtal s'engage en général assez rapidement à mesure que réapparaissent les contractions, et l'accouchement se termine normalement.

Comme ZARATE d'ailleurs, DEVRAIGNE et SEGUY, après avoir fait de l'hypophyse s'opposent à toute application de forceps. Aussitôt après la délivrance, on met un bandage serré autour du bassin, ayant pour centre la symphyse, bandage qu'on laisse jusqu'au lever. Un autre bandage serré est mis un peu au-dessus des genoux.

Au 10^e jour, on enlève le bandage des genoux et on fait asseoir la femme. Le 13^e jour elle peut se lever et partir le 15^e. Aucune des femmes opérées avec ce

procédé par le Docteur SEGUY, n'a présenté de troubles urinaires, ni de claudication.

Au cours de cette intervention, il serait toujours dangereux de pratiquer des manœuvres de force qui



a) frein supérieur

b) Arcuatum

c) Peau

Schéma montrant les différents temps de la symphyséotomie sous-cutanée.

A) Le bistouri va sectionner le ligament supérieur.

B) Le bistouri sectionne le cartilage.

C) Le bistouri s'arrête au contact de l'arcuatum.

risqueraient de faire courir de grands dangers à l'arcuatum.

Une seule fois le Docteur SEGUY a terminé l'accouchement par un forceps (alors que la tête restait

élevée malgré un demi-centimètre cube d'hypophyse et trois heures d'attente) et il avoue « l'avoir fait en tremblant ».

Cette symphyséotomie paraît d'une simplicité enfantine à l'observateur qui ne voit pas tout le travail caché, toute l'attention et l'habitude qu'elle réclame.

ZARATE avait vanté cette simplicité de son opération qui ne demande qu'un bistouri, qu'il prétendait être à la portée de n'importe quel praticien à la campagne.

Avec REEB et DESNOYERS, notre maître DEVRAIGNE, s'élève contre ces présomptions de ZARATE qui en faisait une opération de petite chirurgie.

Cette intervention relève du spécialiste accoucheur doublé d'un bon opérateur.

RESULTS

En employant cette intervention, lorsque les indications en sont bien posées, les résultats nous sont apparus favorables dans tous les cas.

Nous n'avons observé aucun trouble urinaire, aucune gêne à la marche, aucune douleur, (choses relativement fréquentes après des ZARATES même bien faits).

Ces bons résultats sont illustrés par les cas suivants que nous avons observés dernièrement dans le service de notre maître le Docteur DEVRAIGNE à la maternité de Saint-Louis.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Madame M... L... multipare, âgée de 33 ans. D. R. : 23 décembre 1940. A eu une première grossesse en 1928, avec un accouchement normal à terme, et naissance d'un enfant vivant pesant 2.500 grammes. Suites de couches normales.

Une deuxième grossesse en 1936; accouchement à terme ayant nécessité une application de forceps; extraction d'un enfant pesant 4.500 grammes. Le forceps a dû être difficile, puisque l'enfant n'a pu être ranimé. Les suites de couches ont été fébriles.

Troisième gestation actuelle; la femme a été suivie à la clinique Baudelocque.

Elle entre dans le service le 5 octobre 1940. L'examen d'entrée pratiqué à sept heures du matin montre :

Une tête en bas mobile, (ce qui n'a rien de particulier pour une multipare). Le T. V. montre une excavation vide, un col diminué de longueur.

Le bassin paraît normal, la femme ayant très peu de douleurs est admise au dortoir; le lendemain elle a de fréquentes douleurs à partir de trois heures du matin;

à ce moment on lui pose une ceinture eutocique avec double tampon, comme il est d'usage, pour bien verticaliser le fœtus.

... A huit heures, la dilatation étant entre petite et grande paume, la poche des eaux se rompt spontanément, laissant écouler un liquide de teinte et de quantité normales.

Les battements de cœur du fœtus sont bons, mais la tête est toujours haute. Les contractions utérines sont bien rythmées. On attend.

A 10 heures 25, la dilatation est à grande paume, mais la tête est toujours haute; les douleurs de plus en plus fréquentes nécessitent l'injection d'une ampoule de spasmalgine.

A 11 heures, la tête n'est toujours pas engagée, elle est à la partie haute de l'excavation semblant y plonger. Il y a un gros chevauchement des pariétaux, les battements du cœur sont très bons. Le col est dilaté comme une grande paume, mais il est œdématié (œdème mou).

On enregistre de fortes contractions utérines. L'utérus contracté est en *selle de cheval*.

En somme, il s'agit d'une multipare qui a un bassin normal, qu'un enfant de volume moyen est arrivé à franchir, qu'un second enfant de plus gros volume n'a pu franchir sans un forceps traumatisant. Il s'agit vraisemblablement d'un enfant un peu trop gros encore pour ce bassin.

Les battements du cœur étant bons, et l'état du col relativement satisfaisant, le Docteur SEGUX, fait à 11 heu-

res 15 une symphyséotomie sous-cutanée avec conservation de l'arcuatum sous anesthésie au Schleich. On obtient un écartement de deux centimètres environ.

Aussitôt l'opération terminée, on injecte à la patiente cinq unités de post hypophyse.

A 11 heures 30, l'accouchement se produit normalement avec naissance d'une fille vivante, pesant 4.200 grammes, et dont le diamètre bi-pariétal est de 9 cm. 7.

Cette enfant, n'eut sans doute point passé même avec une application de forceps, dont le résultat s'imaginerait aisément. A 12 heures 15, délivrance complète normale pesant 720 grammes.

Comme précaution indispensable, on met un bandage serré autour du bassin, un autre au-dessus des genoux. Le troisième jour, la femme présente une petite rétention de lochies, qui cède à deux unités d'hypophyse.

Le cinquième jour on permet quelques mouvements des jambes. On enlève le bandage des genoux le dixième jour, les agrafes ont été enlevées le septième jour; la femme ne fait aucune poussée thermique. Elle s'assied dans son lit le douzième jour. Se lève le quinzième, à ce moment seulement on enlève le deuxième bandage. Comme elle était assez forte, et se sentait un peu fatiguée après sa première levée, elle n'est rentrée chez elle, que le vingtième jour, en excellent état, marchant absolument normalement et sans aucune douleur.

OBSERVATION N° II

Madame L... J..., 33 ans, multipare D. R. : datent du 5 février 1940. Elle a eu une *première grossesse* en 1927, avec accouchement normal à terme, naissance d'un enfant pesant 4.000 grammes. Suites de couches normales. *Deuxième grossesse* : en 1929, naissance d'un enfant pesant 4.500 gr. *Troisième grossesse* (actuelle). Elle a consulté à Saint-Louis. A l'examen d'entrée, le 18 novembre 1940, on pense un moment à une grossesse gemellaire, étant donné la hauteur utérine qui est de 42 cm., sans affirmer ce diagnostic. On sent une tête en bas haute et mobile avec excès de liquide. Le T. V. montre un col effacé, dilaté comme un franc. Le promontoire est accessible à 11 cm. 2. Les membranes sont intactes. Le lendemain, malgré les douleurs fréquentes et rapprochées, la présentation ne progresse pas.

Le 19 novembre 1940 : pendant toute la journée, des examens successifs (surtout par palper mensurateur) montrent que malgré les douleurs régulières et fréquentes, il n'y a aucune progression de la présentation.

A 19 heures : rupture spontanée des membranes, laissant s'écouler un liquide légèrement teinté et très abondant : les battements du cœur du fœtus sont bons. La dilatation est à petite paume, mais la tête est toujours haute au détroit supérieur.

Le 20 novembre 1940 : malgré les douleurs régulières pendant toute la nuit, la tête est toujours haute, poin-

tant dans l'excavation et la dilatation à petite paume. On fait une amopule de spasmalgine, suivie à une demi-heure d'intervalle de deux unités de post hypophyse.

A 12 heures 15 : la présentation restant toujours stationnaire, le docteur SEGUY fait une symphyséotomie avec conservation de l'arcuatum pour non progression de la présentation après trois jours de travail; on injecte ensuite cinq unités d'hypophyse.



A 14 heures 15 : accouchement naturel d'un garçon vivant pesant 2.960 grammes, mais dont le bipariétal est de 9,5 (tête très ossifiée).

A 15 heures 15 : délivrance normale pesant 550 grammes. Les mêmes précautions étant prises que pour la première parturiente les suites de couches sont également normales. La femme sort le 16^e jour en parfait état.

Une radio pratiquée le 29 novembre 1940 montre l'écartement permanent modéré des symphyses obtenus par la symphyséotomie.

OBSERVATION N° III

Madame O... M..., 43 ans, multipare. A eu sept grossesses, dont six enfants venus à terme et vivants; une fausse-couche de cinq mois et demi. Elle ne connaît pas le poids de ses enfants à la naissance. La femme a consulté à Tenon. A l'examen d'entrée, on remarque une adiposité marquée de la paroi abdominale, qui présente en outre une grosse hernie épiploïque ombilicale; cette hernie serait survenue à la deuxième grossesse, et n'aurait gêné en rien les accouchements suivants.

La palpation montre une tête en bas, haute et mobile. L'enfant paraît gros, malgré l'épaisseur de la paroi abdominale Hu : 38. Le col est perméable, le bassin paraît normal.

Les douleurs commencent le 17 septembre 1940.

Le 18 septembre 1940 à 10 heures 30 du matin, la dilatation est à petite paume; la poche des eaux est rompue artificiellement, mais la tête reste toujours haute et mobile.

A 12 heures : aucune progression de la présentation qui reste haute, mobile, alors qu'un œdème souple du col apparaît. Les contractions utérines sont fortes, les battements du cœur sont bons.

A 12 heures 30, Monsieur SEGUY fait une symphyséotomie, avec conservation de l'arcuatum sous anesthésie au Schleich, suivie d'une injection de cinq unités d'hypophyse.

A 12 heures 55 : accouchement normal, naissance

d'une fille vivante pesant 4.100 grammes; on vérifie bien la conservation de l'arcuatum après l'accouchement. A 15°15, délivrance naturelle pesant 750 grammes.

Bandage serré autour du bassin et des genoux. Les suites de couches sont absolument normales. La femme sort le dix-huitième jour en parfait état, sans aucun trouble de la marche, sans aucune douleur.

Ces résultats excellents, que nous-mêmes avons observés à la maternité de Saint-Louis, sont confirmés par les observations publiées par le Docteur SEGUY, dans le bulletin médical du 27 octobre 1934.

CONCLUSIONS

La symphyséotomie sous-cutanée avec section du ligament supérieur et respect de l'arcuatum est une opération susceptible de rendre les plus grands services; mais ses indications restent limitées comme celles du Zarate.

L'avantage de cette technique sur celle de Zarate est double :

I. — La solide protection réalisée en bas et en arrière, où se trouve le danger, par la conservation de l'arcuatum.

II. — La facilité de technique : l'arcuatum dès qu'il se met en tension, même légère, devient très facilement perceptible, et se trouve de ce fait à coup sûr respecté.

Néanmoins cette technique de la symphyséotomie, comme celle du Zarate, reste du domaine du spécialiste.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
JEANNIN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e
